

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 182

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri SERVIÈRES

Né le 3 Décembre 1912 à Aïn-Témouchent (Oran)

**Contribution à l'Etude
des
Septicémies Gonococciques**

Président : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS
—
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri SERVIÈRES

Né le 3 Décembre 1912 à Aïn-Témouchent (Oran)

Contribution à l'Etude des Septicémies Gonococciques

Président : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1938

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

NM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

NM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale.		
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

le Docteur Victor SERVIERES

Croix de Guerre,
Médailles d'or, d'argent et de bronze des épidémies,
Chevalier de l'Ordre de Saint-Sava,
Médaille de la Miséricorde de Serbie.

*Décédé victime de son dévouement à son
poste de Médecin-Chef de l'Hôpital Civil
d'Aïn-Témouchent (Oran) lors de l'épi-
démie de typhus, le 21 juin 1920, à l'âge
de 36 ans.*

A Monsieur le P. TANON

**Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris,**

**Professeur de Pathologie et Hygiène tropicales
à l'Institut de Médecine Coloniale,**

Membre de l'Académie de Médecine,

**Inspecteur général des Services d'Hygiène
à la Préfecture de Police,**

**Conseiller technique sanitaire
du Ministère de la Santé Publique,**

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MA MÈRE ET A MA SŒUR

*En témoignage de ma tendresse, de ma
gratitude et de mon admiration.*

A MA GRAND'MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES AMIS Pierre et Janine CHAMBONNET

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS



AVANT-PROPOS

L'obligation nous est douce de couronner nos études en soumettant, comme le veut la tradition, ce trop modeste travail à l'indulgente appréciation de notre jury, puisqu'elle nous fournit l'occasion solennelle de rendre un public hommage à tous ceux envers qui nous avons contracté une dette de reconnaissance.

Que nos chers parents veuillent bien accepter l'hommage de notre si profonde affection pour les innombrables preuves de dévouement affectueux qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nous remercions M. le Professeur Tanon d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Ses enseignements à l'Institut de Médecine Coloniale, ainsi que ceux de MM. les Professeurs Brumpt, Gougerot, Lemierre et Lavier, des Docteurs Langeron, Callot et Desportes, auront été pour nous de très précieux compléments.

Dans les Hôpitaux, M. le Professeur Marcel Labbé et ses collaborateurs, surtout les Docteurs Azerad et Boulin, MM. les Professeurs agrégés Cadenat et Leveuf et les Docteurs Halbron, Sainton, Chirié et Digonnet, auront été nos maîtres les plus écoutés.

Comme médecin auxiliaire, nous avons eu le grand honneur, l'an dernier, de collaborer à l'œuvre généreuse du Service de Santé Militaire dans les Territoires du Sud-Oranais. A Méchéria, M. Plait, administrateur principal, M. le capitaine Pruvost, commandant la Section d'exclus, MM. les lieutenants Vivensang et Soyer, du 6^e R. T. A., M. le lieutenant-interprète Delpech, MM. Navarre et Morizot, administrateurs adjoints, ont bien voulu nous honorer de leur estime, qu'ils veulent croire à notre profonde gratitude. M. le médecin-lieutenant Maurin, médecin-chef de l'Infirmierie Indigène de Méchéria, qui a toujours voulu ne voir en nous qu'un collaborateur et n'a pas cessé de nous témoigner sa confiance et un bienveillant intérêt, voudra bien trouver ici nos meilleurs remerciements. MM. les médecins capitaines Roux et Bernier, les médecins lieutenants Muller, Rouvière et Bratigny nous ont aussi prodigué d'excellents conseils. M. Guidon, infirmier-chef à Méchéria, et la R. M. Supérieure des Sœurs Blanches, à Aïn-Séfra, nous ont précieusement aidé et nous ont fait profiter de leur grande expérience pratique.

Que MM. Morizot et Pougnet, administrateurs adjoints, Si Mustapha, Caïd à Ain-Séfra, compagnons de nos tournées dans le bled, nous permettent de les assurer de nos amicaux sentiments.

Durant nos années d'étude, nous avons eu le bonheur d'acquérir un certain nombre d'amitiés solides, nous ne manquerons pas au devoir de les entretenir et de les perpétuer.

INTRODUCTION

Ce sont surtout les nombreux cas de rhumatisme gonococcique que nous avons eu l'occasion d'observer au cours de nos études médicales, qui ont attiré notre attention sur les manifestations septicémiques de la gonococcie. En effet, si dans sa forme typique, pseudo-phlegmoneuse, l'arthrite gonococcique est d'un diagnostic relativement facile, nous avons pu constater aussi que, bien souvent, cliniquement et radiologiquement, d'autres diagnostics peuvent se poser : celui de tuberculose articulaire, celui de rhumatisme infectieux de nature indéterminée par exemple.

Aussi voudrions-nous dans notre thèse, après avoir décrit l'aspect clinique de la septicémie gonococcique et surtout de ses diverses localisations métastatiques, étudier les divers moyens diagnostics dont nous disposons actuellement pour mettre en évidence, ou prouver, la nature gonococcique d'une affection. Ce diagnostic n'a pas seulement un intérêt théorique, il peut dans certains cas orienter vers une thérapeutique spéciale qui, par ses indications, pourra sinon

entraîner une guérison totale, complète, définitive, tout au moins amener une amélioration notable avec les possibilités d'une vie quasi-normale.

Nous aurions bien aimé, à la lumière des acquisitions récentes de la chimiothérapie antigonococcique, essayer, sinon de fixer mais tout au moins d'entrevoir un nouvel aspect des problèmes thérapeutiques posés par les localisations métastatiques du gonocoque. Mais l'utilisation des dérivés organiques du soufre dans le domaine précis que nous nous sommes fixé semble n'avoir pas encore été l'objet de tentatives intéressantes; en tout cas, il nous a été impossible de trouver une seule note ou observation publiée à ce sujet. Par ailleurs, aux publications enthousiastes des premiers jours, se joignent maintenant des notes plus réticentes arguant non seulement des accidents déjà connus d'intolérance ou d'intoxication, mais encore, et tout récemment, de l'action nocive, inhibitrice, de certains dérivés sulfoconjugués des aminés aromatiques sur la spermatogénèse de l'homme. Aussi nous est-il apparu comme préférable de ne faire état que de ce que l'on peut considérer comme acquis à l'heure actuelle au sujet des septicémies gonococciques:

Après une étude théorique, nous reproduirons quelques observations récentes que nous avons pu recueillir dans la littérature.

PATHOGÉNIE

Comme en toute infection générale, le gonocoque peut envahir la circulation générale, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine.

La voie lymphatique, où les relais ganglionnaires imposent au courant centripète un ralentissement équivalant pratiquement à un barrage complet, n'est que très exceptionnellement utilisée par le germe.

Au contraire, la voie sanguine est le plus fréquemment utilisée ainsi qu'en témoignent la rapidité et la précocité de l'invasion, la constatation fréquente de phlébites avec ou sans thrombose, en rapport avec la présence du gonocoque dans la paroi et la lumière veineuses.

La richesse des plexus vasculaires autour de la prostate, de la vessie, de l'utérus, explique pourquoi c'est surtout en cas de lésions profondes : urétrite postérieure, cystite, annexite, que l'on observe la généralisation de la gonococcie. C'est aussi pourquoi

l'absence d'infection génitale superficielle ne doit jamais faire écarter le diagnostic d'une gonohémie.

Au cours de la blennorragie, comme au cours de toutes les infections chroniques, l'immunité s'établit par oscillations en passant par des phases de sensibilisation et des phases d'immunité. La septicémie gonococcique pourrait ainsi s'expliquer par la pénétration du gonocoque dans le sang au cours d'une des phases de sensibilisation.

Le gonocoque ayant pénétré dans le sang peut réaliser des tableaux cliniques variables. Si la fièvre au cours de la blennorragie est rare, et elle révélerait alors une infection sanguine légère et éphémère; il est par contre fréquent de voir des malades consulter pour une affection métastatique. C'est le cas notamment des arthropathies, des méningites, des endocardites, etc... A noter qu'au cours de ces différentes manifestations métastatiques, l'hémoculture est le plus souvent négative. A un degré de plus, l'infection sanguine est cliniquement manifeste. C'est la septicémie gonococcique pure sans localisation, qui, à vrai dire, est très rare.

Il est par contre beaucoup plus fréquent, au cours de diverses localisations métastatiques, de voir l'hémoculture devenir positive et de façon intermittente. C'est le cas typique de la vraie septicémie gonococcique.

Bien que le germe ne semble pas continuer à se reproduire dans le sang, cet état répond bien à la définition de Gastinel et Reilly : « Toute infection générale conditionnée par la présence constante ou passagère dans le sang de bactéries ou de leurs poisons. »

La gonohémie survient habituellement chez des sujets jeunes; en général, elle est secondaire à des lésions profondes, mais il n'en est pas toujours ainsi et on cite des cas de septicémie ayant eu pour point de départ une vulvite, une balanite, etc... Dans certains cas la porte d'entrée peut d'ailleurs passer inaperçue. Notons qu'exceptionnellement (Griffon, Bieloglovi) on a pu signaler des manifestations générales précédant la localisation génitale.

Nous voudrions retenir de ce court aperçu pathogénique : d'une part la fréquence des complications générales de la blennorragie qui sont toujours secondaires à une phase plus ou moins nette de gonohémie, d'autre part l'intérêt de pratiquer des hémocultures répétées, le gonocoque apparaissant dans le sang des malades de façon intermittente et souvent éphémère. Nous avons vu combien rares sont les cas de septicémie gonococcique pure.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons vu au cours du précédent chapitre les différentes phases que traverse l'infection gonococcique avant d'aboutir à l'une des localisations métastatiques qui réalise le tableau clinique réel de la maladie. Aussi, avant d'étudier en détail ces différentes localisations : articulaire, cardiaque, nerveuse, cutanée, rénale, etc., voudrions-nous parler d'abord de la septicémie gonococcique elle-même.

La fièvre, les signes banaux d'infection générale, parfois la splénomégalie, tels sont les symptômes de la septicémie gonococcique. La fièvre peut revêtir différents types : tantôt il s'agit d'une fièvre continue qui débute de façon insidieuse et monte progressivement pour atteindre 40° au bout de quelques jours. C'est la forme pseudo-typhique. Tantôt il s'agit d'une fièvre rémittente caractérisée par des poussées thermiques durant quelques jours, accompagnées de frissons et sueurs. Tantôt enfin, il s'agit d'une forme

intermittente, pseudo-palustre avec accès qui sont cependant moins rythmés que ceux du paludisme.

C'est dire que dans toutes ces formes rien n'évoque l'idée d'une septicémie gonococcique et que seule l'hémoculture, dans le cas où elle est positive, permettra d'établir un diagnostic.

Mais le plus souvent, la septicémie ne reste pas pure, et un certain nombre de localisations secondaires, apparaissant avec plus ou moins de rapidité, mettront sur la voie du diagnostic. Elles vont marquer l'affection d'un caractère particulier, et nous voudrions dès maintenant insister sur l'importance de deux localisations secondaires : les localisations articulaires qui ont une valeur diagnostique de premier ordre, les localisations endocarditiques qui ont surtout une valeur pronostique.

ARTHRITES GONOCOCCIQUES

La localisation articulaire constitue une des plus fréquentes et des plus importantes complications de la blennorrhagie. Essentiellement polymorphe, le rhumatisme gonococcique peut aller depuis l'arthralgie fugace jusqu'aux formes graves pseudo-phlegmoneuses.

Les Arthralgies se caractérisent par des douleurs vagues frappant une ou plusieurs articulations, survenant souvent la nuit, sans aucun signe à l'examen objectif. Les douleurs peuvent se répéter pendant quelque temps; parfois elles ne constituent que le prélude d'une forme plus grave; d'autres fois, au contraire, elles disparaissent en laissant derrière elles un peu de raideur articulaire.

Les Arthrites aiguës succèdent en général à la forme précédente. On peut décrire une forme hydarthrosique, une forme pyarthrosique, une polyarthrite aiguë et l'arthrite pseudo-phlegmoneuse.

L'Hydarthrose a pour siège de prédilection le genou. Elle débute parfois brusquement avec signes généraux intenses; d'autres fois au contraire elle s'installe de façon insidieuse. A l'examen physique le genou est augmenté de volume, chaud mais de coloration normale. Le choc rotulien est manifeste. L'œdème périarticulaire contraste avec l'atrophie musculaire qui s'installe très rapidement. Le liquide retiré par ponction est visqueux, souvent louche, contenant des polynucléaires. Il est rare d'y trouver le gonocoque à l'examen direct; le plus souvent cependant on le met en évidence par culture pratiquée sur un liquide provenant d'un épanchement jeune.

L'épanchement est très lent à se résorber, ce qui peut occasionner une immobilisation relative, en position vicieuse la plupart du temps.

La Pyarthrose est rare. Elle débute brusquement par des frissons, de la fièvre et une augmentation rapide du volume du genou avec rougeur et chaleur locale. La ponction articulaire ramène du pus où il est possible de trouver du gonocoque isolé ou associé à d'autres germes. L'ankylose est le meilleur mode de guérison, mais parfois on sera obligé de drainer le genou afin d'éviter des fusées purulentes qui peuvent s'étendre assez loin. A côté de cette forme aiguë, il faut signaler des arthrites purulentes d'allure

torpide qui peuvent être la source d'erreur de diagnostic avec une arthrite bacillaire.

La Polyarthrite aiguë est encore appelée pseudo-rhumatismale, en raison de ses ressemblances cliniques avec la maladie de Bouillaud. En général, elle survient au cours d'une urétrite et débute par des arthralgies plus ou moins vives. L'arthrite envahit successivement les grandes articulations : genou, coude, cheville, pour atteindre ensuite les petites : sterno-claviculaire, temporo-maxillaire, doigts. L'atteinte se limite par la suite à une ou deux articulations qui sont rouges, chaudes, douloureuses, tuméfiées. Il y a quelquefois un petit épanchement hydarthrosique ou pyarthrosique.

L'Arthrite pseudo-phlegmonneuse débute également par des phénomènes douloureux, mais la douleur s'atténue plus ou moins rapidement et l'articulation devient le siège de phénomènes locaux impressionnants : elle est tuméfiée et rouge, chaude et parfois atrocement douloureuse. Toute tentative de mobilisation arrache des cris au malade. L'aspect de l'articulation est celui d'un phlegmon et parfois il existe une pseudo-fluctuation. L'examen de la jointure montre l'existence d'un œdème périarticulaire considérable; de l'amyotrophie rapide autour de l'articulation malade et de la douleur au niveau de l'inter-

ligne articulaire ainsi qu'au niveau des insertions tendineuses. L'état général est très touché, la température est à 40° avec céphalée, courbature, troubles digestifs. Ici plus qu'ailleurs, l'ankylose est à redouter d'autant plus que la douleur empêche le plus souvent la mobilisation précoce.

Telles sont les trois formes cliniques principales de rhumatisme blennorragique. Il existe cependant de nombreuses variétés qu'il faut connaître car elles peuvent être la source d'erreurs de diagnostic. Sans vouloir les énumérer toutes, nous insisterons surtout sur quelques formes principales.

Les Arthrites chroniques sont en général secondaires à une phase aiguë, souvent à peine ébauchée. Avec Mondor, on peut décrire trois formes principales :

— *La forme monoarticulaire* qui peut tantôt simuler une véritable tumeur blanche avec ganglions, atrophie musculaire et modifications radiologiques, tantôt une arthropathie tabétique caractérisée par une déformation considérable et par son indolence.

— *Les formes segmentaires* comprennent principalement :

- a) la polyarthrite noueuse pseudo-goutteuse qui frappe les petites articulations des mains et des pieds;
- b) *les arthrites vertébrales* débutent toujours par une petite poussée d'arthrite aiguë véritable tra-

duite par de la rougeur et des douleurs locales. En l'absence de traitement les poussées vont se répéter et aboutir finalement à des spondyloses ankylosantes.

— *La polyarthrite généralisée chronique* ankylosante et cachectisante décrite par Klippel et Weil se caractérise par des crises d'abord aiguës, puis subaiguës, puis torpides aboutissant à des ankyloses multiples avec amyotrophie intense.

FORMES SPÉCIALES D'APRÈS LE TERRAIN

Les arthrites gonococciques des enfants semblent actuellement assez fréquentes. Elles se voient dans le premier mois de la vie et après deux ans. L'ophtalmie, la vulvite, l'urétrite servent de porte d'entrée au gonocoque. La forme polyarticulaire est la plus fréquente, son pronostic est bon chez l'enfant, plus grave chez le nourrisson.

L'arthrite du vieillard n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire. Nombre de « lumbagos », de « sciatiques » relèvent certainement de la blennorragie.

La femme enceinte peut être atteinte d'arthrite gonococcique dont la forme la plus fréquente est la **coxite**. Elle débute d'une façon brutale avec douleurs

et élévation thermique à 40°. A la période d'état, la douleur est atroce, elle empêche tout sommeil, tout mouvement. Aussi la malade prend-elle des attitudes antalgiques : flexion, rotation externe et abduction de la cuisse. Cette forme évolue de façon rapide et peut aboutir en quelques semaines à des destructions osseuses considérables pouvant entraîner une luxation pathologique, puis une ankylose en position vicieuse. Cette forme nécessite une immobilisation précoce à l'aide d'un appareil à extension continue qui calme la douleur et permet ainsi au moins d'obtenir une ankylose en bonne position.

Enfin, avant de terminer l'étude des arthrites gonococciques, nous devons signaler *les synovites* du poignet, des péroniers latéraux, douloureuses et entraînant une impotence fonctionnelle considérable; les *myosites* qui frappent surtout l'épaule et le biceps. Dans les cas typiques, la myosite se traduit par une tuméfaction dure et très douloureuse. Le plus souvent l'évolution se fait vers la résorption, rarement vers la suppuration.

LOCALISATIONS CARDIAQUES

Les localisations cardiaques sont assez fréquentes; l'infection gonococcique peut atteindre l'endocarde, le péricarde, le myocarde; le gonocoque semble cependant avoir une préférence marquée pour l'endocarde.

L'Endocardite frappe en règle les sigmoïdes aortiques. C'est une endocardite ulcéro-végétante. Elle peut apparaître de façon précoce vers la quatrième semaine de la blennorragie, à l'occasion d'une poussée d'arthrite; mais c'est en général une localisation tardive survenant au cours d'une blennorragie traînante. Elle débute en général par des signes d'emblée inquiétants : élévation thermique, frissons, céphalée, vertiges, courbatures. Quelques signes cardiaques attirent l'attention : palpitation, dyspnée, douleurs précordiales.

Parmi les signes généraux de la période d'état, au milieu de nombreux symptômes d'infection générale,

nous insisterons surtout sur deux d'entre eux : *l'anémie* pouvant aller jusqu'à 2.000.000 de globules rouges coexistant avec une leucocytose à polynucléaires, et *les signes d'atteinte rénale* avec albuminurie et œdèmes blancs, mous, indolents.

L'auscultation du cœur montre le plus souvent un souffle diastolique d'insuffisance aortique; plus rarement un souffle d'insuffisance mitrale; exceptionnellement un double souffle.

L'évolution est grave et la mort survient par embolie ou par asystolie. La guérison est exceptionnelle.

La Péricardite gonococcique est très rare. Elle est le plus souvent associée à une endocardite. Au début, avant la constitution de l'épanchement, on entend un frottement péricardique, mésosystolique ou mésodiastolique, plus intense dans la position assise. La dyspnée apparaît avec l'épanchement qui donne tous les signes d'épanchements péricardiques. Le pronostic de la péricardite est moins grave que celui de l'endocardite.

La Myocardite n'existe que comme complication de la péricardite ou de l'endocardite. En dehors de cette myocardite secondaire, on peut rencontrer des myocardites primitives, le point d'origine de la lésion se trouvant dans les cloisons interauriculaires et interventriculaires; on sait par ailleurs que le gonocoque

est capable de produire de véritables abcès musculaires mais dont l'évolution est silencieuse et se fait souvent vers la régression spontanée (Louis Gonzales Sabathié).

Signalons enfin que *l'aortite et l'anévrisme aortique* sont exceptionnels. Les localisations artérielles au niveau des membres, rares, les phlébites par contre sont fréquentes, surtout entre le 20^e et le 40^e jour d'une urétrite aiguë.

*
**

MANIFESTATIONS PLEURO-PULMONAIRES

La pneumonie et la bronchopneumonie gonococciques peuvent être une localisation de l'infection générale; plus souvent elles reconnaissent à l'origine une embolie au cours d'une complication cardiovasculaire. Dans les crachats on peut déceler le gonocoque (Aman). Il existerait même, pour certains auteurs, un gonocoque pneumotrope. En inoculant dans l'urètre d'un sujet sain du gonocoque prélevé sur un sujet atteint d'urétrite avec complications pulmonaires, Aman a obtenu une urétrite compliquée de pneumopathie.

La pleurésie n'a aucun caractère clinique particulier. Elle peut être séro-fibrineuse ou purulente. Son pronostic est en général bénin.

Signalons, à titre de curiosité, une observation récente de Roussel concernant un cas curieux d'expectoration contenant des cocci morphologiquement semblables au gonocoque et survenue chez un sujet porteur depuis plusieurs jours d'une urétrite gonococcique.



COMPLICATIONS HÉPATIQUES

Signalons seulement l'ictère, qui est rare et qui réalise le type clinique d'un ictère par rétention. Exceptionnellement c'est un ictère grave.



COMPLICATIONS NERVEUSES

Le gonocoque peut frapper : les méninges, la moelle, les nerfs périphériques. Nous étudierons donc successivement les méningites, les myélites, les névralgies et les névrites.

a) **La Méningite gonococcique** peut être primitive ou secondaire.

Primitive, elle apparaît comme la manifestation prédominante d'une bactériémie gonococcique. Elle survient en règle chez un sujet guéri d'une blennor-

ragie aiguë et l'on se trouve en présence d'un sujet présentant un syndrome méningé.

La méningite débute généralement d'une façon insidieuse, précédée pendant quelques jours de signes infectieux banaux. Au bout de quelques jours s'installe un syndrome méningé complet. La ponction lombaire ramène un liquide trouble, contenant des polynucléaires, mais on n'y trouve pas de gonocoques.

Le diagnostic sera basé sur la coexistence d'un syndrome méningé avec, soit parfois une localisation génitale, soit surtout avec une hémoculture positive. Ce diagnostic est d'importance car, malgré son allure dramatique, la méningite gonococcique, traitée à temps, guérit huit fois sur dix.

La méningite secondaire n'a qu'un intérêt restreint. C'est la participation des méninges à un tableau de septicémie gonococcique dont le pronostic est fatal.

b) *Les Myélites* sont rares. Il s'agit le plus souvent de paraplégies spasmodiques légères accompagnées de troubles sphinctériens. Le pronostic est rarement grave. On a décrit également des hémiparalysies avec aphasie, troubles psychiques attribués à une arachnoïdite infectieuse.

c) *Les accidents douloureux* comprennent les névralgies, parmi lesquelles la névralgie sciatique est la plus fréquente, et les névrites qui réalisent le plus

souvent le tableau d'une polynévrite des muscles de la loge antéro-externe de la jambe. Exceptionnellement on peut voir s'associer une paralysie des muscles du tronc ou une atteinte des nerfs craniens. La durée de ces polynévrites est en général longue; le pronostic fonctionnel est lié à l'importance de l'amyotrophie et des réactions tendineuses. Signalons enfin qu'on a décrit une forme pseudo-tabétique de la polynévrite gonococcique (Cestan et Chesnais) et un syndrome de la queue de cheval.

*
**

COMPLICATIONS RÉNALES

L'albuminurie est de règle au cours de la septicémie gonococcique. Parfois il y a une véritable néphrite suppurée. Signalons également les pyélonéphrites gonococciques et les embolies rénales possibles au cours d'une endocardite.

*
**

COMPLICATIONS CUTANÉES

Les manifestations cutanées d'origine gonococcique sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Il s'agit avant tout de *manifestations pur-*

puriques. Dans la grande majorité des cas le purpura évolue au cours d'une gonococcémie à localisations nombreuses et ne devient grave que lorsqu'il est hémorragique.

Dans certains cas cependant le purpura est le symptôme dominant de la bactériémie gonococcique. On a ainsi décrit une variété de purpura suraigu, un purpura aigu, un purpura subaigu et un purpura chronique (Chevalier, Lévy-Bruhl, Bourgeois, Georges).

L'érythème gonococcique est assez fréquent. Il peut être scarlatiniforme ou morbilliforme; son évolution se fait par poussées, deux, trois, quatre. La durée de chacune est variable. Signalons un érythème noueux gonococcique, un herpès gonococcique, etc., etc...

Les manifestations kératosiques sont plus caractéristiques de la blennorragie. Elles s'observent en général chez des sujets atteints de manifestations articulaires, elles frappent la paume des mains et la plante des pieds et posent le diagnostic de l'eczéma kératosique et de la maladie de Meleda. Ces manifestations kératosiques sont d'un traitement très difficile.

Enfin, il existe des abcès sous-cutanés à pus rougeâtre, siégeant surtout près du coude, et de véritables panaris métastatiques blennorragiques.



Avant de terminer cette étude clinique, signalons les *manifestations oculaires métastatiques* qui sont très fréquentes (20 pour 100 des cas, Terrien), et les rares localisations auriculaires, parotidiennes, pharyngées, thyroïdiennes.

DIAGNOSTIC

Nous étudierons, dans une première partie de ce chapitre, le diagnostic des septicémies gonococciques en général; nous étudierons ensuite le diagnostic de différentes localisations métastatiques.

Le diagnostic clinique des septicémies gonococciques sera basé sur la coexistence avec les manifestations métastatiques, d'une localisation génitale qui ajoute au tableau clinique un élément séméiologique de premier ordre.

Le diagnostic bactériologique comprendra d'une part la recherche du gonocoque au niveau de sa porte d'entrée dans l'organisme, d'autre part sa recherche dans le sang et au niveau des localisations métastatiques.

Il est certain que la mise en évidence du gonocoque au niveau de l'urètre, du col de l'utérus, etc., aura une importance considérable. Mais il ne faut pas oublier que souvent, et surtout chez la femme, cette recherche

peut être très délicate et il faut savoir que l'absence de gonocoque au niveau des organes génitaux ne doit pas faire écarter l'hypothèse d'une gonohémie.

On peut également chercher le germe dans le liquide articulaire, les crachats, le pus. L'examen direct est négatif dans la majorité des cas. Mais l'ensemencement, notamment pour les manifestations articulaires, peut parfois être d'un grand secours.

L'hémoculture, enfin, doit être pratiquée dans tous les cas. Il faut la faire au moment d'une recrudescence thermique, la répéter si elle est négative. Il faut prendre une assez grande quantité de sang (20 cc.) et ensemer sur 300 à 500 cc. de bouillon-ascite. L'examen microscopique de la culture montrera le gonocoque : diplocoque en grain de café, accolés deux à deux, Gram négatif. Les réactions de fermentation des sucres et des agglutinines permettront de le distinguer du méningocoque et du catarrhalis.

Rappelons pour mémoire, mais sans leur attacher grande importance, d'autres moyens de laboratoire qui ont été proposés : cuti-réaction, intradermo-réaction, gono-réaction. Tous ces moyens aux résultats inconstants peuvent tout au plus constituer une preuve de la présence de gonocoques dans l'organisme mais non pas dans la circulation générale.

DIAGNOSTIC DU RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Il doit être précoce, mais il est souvent difficile. Dans les formes polyarticulaires, il évoque surtout la maladie de Bouillaud. Si, classiquement, de nombreux caractères les distinguent (prédilection de la maladie de Bouillaud pour les grosses articulations alors que la gonococcie frapperait aussi bien les petites, douleurs préarticulaires dans le rhumatisme articulaire aigu, absence d'ankylose, action du salicylate de soude, etc.), tous ces signes sont plus ou moins valables en général, et en réalité le diagnostic peut être très difficile. On ne devra pas faire le diagnostic de maladie de Bouillaud sans avoir bien examiné le malade, et recherché le gonocoque dans tous les replis.

Un autre diagnostic qui peut être encore plus difficile, est celui de rhumatisme tuberculeux. Il se pose surtout en cas de forme hydarthrosique où l'allure clinique est absolument identique. La ponction articulaire peut parfois être utile, l'inoculation du liquide articulaire peut dans certains cas tuberculiser le cobaye. Mais souvent toutes les preuves cliniques ou bactériologiques manquent, tuberculose et gonococcie se retrouvent toutes les deux dans les antécédents du malade, et les épreuves thérapeutiques sont loin d'être concluantes.

D'autres diagnostics se posent plus rarement : la goutte aiguë généralisée sera d'un diagnostic facile en raison des antécédents du malade, de la présence de tophi, de l'augmentation du taux de l'uricémie. La tumeur blanche, le tabès ne sont en réalité que des diagnostics d'exception.

Nous avons intentionnellement passé sous silence, jusqu'ici, une épreuve qui est certainement la meilleure et qui peut, dans tous les cas difficiles, apporter des arguments importants pour ou contre le rhumatisme gonococcique : c'est **l'examen radiologique**.

L'étude des clichés portera sur :

- l'interligne articulaire qui peut être respecté, élargi ou rétréci;
- les contours osseux qui peuvent être moins accusés, plus flous que normalement;
- la structure épiphysaire qui peut apparaître moins dense qu'à l'état normal. Cette altération, avec la diminution de la netteté des contours, traduit l'ostéoporose.

Il arrive de constater dans les cas graves des lésions destructives pouvant aller jusqu'à l'ulcération osseuse. Assez fréquemment, on observe des lésions « constructives » : exostoses courtes ou longues pouvant siéger au niveau de toutes les apophyses, hyperostoses dont le fémur et la clavicule sont les sièges d'élection. Il n'est pas rare non plus d'observer des lésions dé-

bordant l'articulation intéressée et formant, par exemple, des calcifications périarticulaires. Récemment, Porcher et Aboulker sont revenus sur la diversité des lésions radiologiques dues au gonocoque. Ils insistent sur leur absence de spécificité, en dehors de l'extrême rapidité de leur installation.

Avant de terminer le diagnostic des arthrites gonococciques, nous voudrions encore insister sur quelques caractères évolutifs qui nous paraissent avoir un grand intérêt pour le diagnostic; ce sont : la rapidité de l'ankylose qui nécessite une mobilisation précoce, la fréquence des luxations pathologiques, l'importance de l'amyotrophie.

Si on voulait établir un pronostic d'après les renseignements radiologiques, on pourrait dire qu'une arthrite sans signes radiologiques a beaucoup de chances d'évoluer vers la guérison, alors qu'au contraire une arthrite avec décalcification précoce et rapide comporte un pronostic grave.

*
**

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS NERVEUSES

S'il est souvent très difficile de reconnaître la nature gonococcique d'une sciatique, d'une polynévrite ou d'une myélite, le diagnostic de la méningite pose par contre moins de difficultés. S'il est exceptionnel de

trouver le gonocoque dans le liquide céphalo-rachidien, la coexistence d'un syndrome méningé, de manifestations articulaires, de purpura, l'absence de méningocoque dans le liquide feront penser à une nature gonococcique possible. Les méningites puriformes aseptiques peuvent également se discuter. On peut même se demander si certaines d'entre elles, celles tout au moins qui ne font pas leur preuve, ne sont pas de nature gonococcique.

TRAITEMENT

Il va sans dire que le premier geste thérapeutique sera la suppression de la porte d'entrée du gonocoque dans l'organisme. Le traitement précoce et intensif de la blennorragie aiguë est certes le meilleur traitement prophylactique des septicémies gonococciques.

Le traitement de l'état septicémique lui-même comporte une médication très variée. Il semble, à l'heure actuelle, que ce sont les traitements chimiques qui donnent les meilleurs résultats.

La colloïdothérapie a, pendant très longtemps, constitué la seule méthode. Widal conseillait de fortes doses d'électrargol en injections intraveineuses. Certains auteurs ont utilisé avec succès des injections de soufre colloïdal.

La protéinothérapie sous forme d'injections de lait, l'abcès de fixation, l'autohémothérapie, l'autosérothérapie ont également été préconisés. Mais c'est surtout **la chimiothérapie** qui semble à l'heure actuelle la plus

intéressante. Nous ne ferons que citer l'emploi de l'hexaméthylène-tétramine, antiseptique général qui est employé de façon systématique au cours de tous les états infectieux, pour insister davantage sur deux thérapeutiques nouvelles : les sels d'acridine et le mercurochrome.

La trypaflavine, en injections intraveineuses quotidiennes de 0,20 gr. (en solution à 1 pour 100 ou 1 pour 200) semble donner de bons résultats. Jausion et Vancel conseillent le « mordantage » par l'addition d'alun de potasse. Jausion emploie encore un mélange de gonacrine (10 gr.), bleu de méthylène (1 gr.) et eau (500 gr.) dont il injecte tous les jours 10 cc. dans les veines. Actuellement les sels d'acridine sont employés de façon courante et semblent donner de bons résultats.

Le mercurochrome découvert par Young en 1914 se place actuellement à côté des sels d'acridine dans le traitement des états infectieux. La dose couramment employée chez l'homme est de 5 milligrammes par kilogramme en injection intraveineuse. On utilise des solutions à 1 ou 2 pour 100. Malgré sa forte teneur en mercure, ce produit est remarquablement bien supporté et ses résultats seraient comparables à ceux qu'on obtient par les autres traitements chimiques.

Certaines médications spécifiques ont également été utilisées :

Le *sérum antigonococcique*, préparé par Nicolle, bien étudié par Ravaut, semble assez efficace, mais peut provoquer un choc violent qui peut parfois empêcher la poursuite du traitement.

Quant à la *vaccinothérapie* elle semble surtout efficace au cours des complications locales de la blennorragie et au cours de certaines des localisations articulaires.

TRAITEMENT DES PRINCIPALES LOCALISATIONS

a) *Complications articulaires*. — Le traitement doit être institué le plus rapidement possible : « Il faut faire le diagnostic vite et décider sans retard de la thérapeutique, non pas qu'au début le succès soit facilement assuré, ni que tous les moyens réussissent, mais parce que plus tard sera vite trop tard et tous les traitements échoueront. » Il est en effet d'une importance primordiale, en matière d'arthrite gonococcique, d'envisager, en dehors du pronostic vital, les difficultés du traitement local : si la douleur commande, dans certaines formes, l'immobilisation immédiate, la crainte de l'ankylose et de l'atrophie musculaire exige au contraire une mobilisation précoce de la jointure.

Voici, en général, la conduite thérapeutique dans les différentes formes :

— dans les formes arthralgiques et polyarticulaires, on instituera une thérapeutique médicale par vaccinothérapie ou sérothérapie, avec chimiothérapie associée s'il le faut.

— dans les formes hydarthrosiques, au traitement précédent on associera la ponction avec injection intra-articulaire de sérum antigonococcique.

— dans les pyarthroses, il faut recourir à l'arthrotomie suivie au besoin, les jours suivants, de ponction.

— dans les formes pseudo-phlegmoneuses, certains auteurs indiquent l'immobilisation plâtrée, d'autres l'arthrotomie avec lavage de l'articulation et fermeture immédiate (Mondor).

b) *La méningite* nécessite une thérapeutique analogue à celle d'une méningite cérébro-spinale avec injections intra-rachidiennes de sérum.

c) *Les complications oculaires* relèvent avant tout de traitements locaux : lavages avec des solutions antiseptiques : argyrol, sulfate d'atropine.

OBSERVATION I

(Prof. Carnot, *Monde Médical*, 15 janvier 1937.)

Coxite aiguë. — Il s'agit d'un homme de 26 ans qui, en septembre 1936, ressentit de vives douleurs dans les genoux et dans les pieds. Après une amélioration passagère d'une quinzaine de jours pendant lesquels le malade s'est alité, les douleurs reparurent. Celle du genou droit fut particulièrement vive.

Dans les derniers jours d'octobre, apparaît soudainement une douleur très intense au niveau de la hanche droite. En même temps la température monte en flèche à 40°. Aucune amélioration ne se produisant au cours des jours suivants, le malade décide d'entrer à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1936, deux mois et demi après le début des accidents.

L'examen clinique de la hanche droite est très difficile à cause de la douleur extrêmement vive dont elle est le siège et du fait de l'attitude vicieuse du membre intéressé. La cuisse est en effet en flexion

sur le bassin, on note aussi un certain degré d'adduction.

L'amyotrophie est déjà importante; il n'y a pas de ganglions inguinaux. Il n'est pas question de rechercher les points douloureux électifs chez le malade qui souffre atrocement. D'ailleurs la hanche, articulation profonde, est difficile à explorer.

On a donc forcément recours à l'examen radiologique auquel on demande de souligner les lésions soupçonnées cliniquement. Le cliché montre des lésions déjà très importantes : « La cavité cotyloïde présente à son fond une ulcération large et profonde; elle est très décalcifiée et ses contours sont flous, le butoir supérieur a disparu. La tête fémorale est, de ce fait, sortie de sa cavité cotyloïde : elle est luxée en haut et en dehors; elle est, elle aussi, si décalcifiée qu'elle est à peine visible, que, sur un premier cliché, elle paraît avoir disparu... Si la sphère de la tête fémorale n'est pas décapitée, elle est très décalcifiée, donc sans résistance à la déformation; elle présente, de plus, à son intérieur, une géode, témoin de sa désorganisation. Le col fémoral apparaît raccourci et tassé... Il s'agit donc là de déformations graves, bien que survenues en deux ou trois semaines au plus. »

Dans les antécédents du malade on retrouve une blennorragie en 1930, bien soignée semble-t-il, mais l'écoulement urétral ne s'est cependant jamais tari

complètement, une petite goutte matinale subsistant depuis la première poussée. Elle permit de rattacher les phénomènes articulaires à leur étiologie véritable.

Coxite suraiguë. — Cette observation concerne une jeune domestique âgée de 26 ans qui, brusquement, sans aucune cause apparente, ressentit au niveau de sa hanche une douleur intense. Rapidement, en quelques jours, la douleur devint tellement intense que la malade se fit transporter d'urgence à l'hôpital.

A l'examen clinique, on se trouve en présence d'une malade au facies altéré, très fatigué et fébrile. L'exploration de la jointure atteinte est absolument impossible, tout attouchement, même superficiel, arrachant des cris atroces à la malade. On a dû recourir à l'anesthésie générale et à l'extension continue, vite remplacée par un appareil plâtré, pour soulager ces douleurs si intenses.

L'examen radiologique a pu mettre en évidence des lésions d'une intensité incroyable : destruction de la tête, du col et de la cavité cotyloïde, décalcification des os.

Le tout s'est installé en quelques jours. Comme dans le cas précédent, l'amélioration, due au traitement, fut supérieure à ce qu'on pouvait espérer et une récupération fonctionnelle satisfaisante fut obtenue dans les deux cas.

OBSERVATION II

(*Duvoir, Pollet, Layani, Marcel Cachin,*
in Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris,
31 mars 1933.)

Blennorragie. Choroïdo-rétinite métastatique. Méningo-myélite grave. Endocardite curable. — M. B..., âgé de 28 ans, présente depuis le 15 février 1929 un écoulement gonococcique pour lequel il est soigné à l'Hôpital Saint-Louis. A la fin du mois de février, il commence à se plaindre de troubles visuels : il dit voir trouble. Il consulte dans le service du D^r Dupuy-Dutemps où on constate un gros scotome central, et à l'ophtalmoscope, la papille gauche apparaît congestionnée à sa partie inféro-interne.

Le lendemain, l'œdème de la papille et de la rétine est encore plus prononcé, et les jours suivants il ne fait qu'augmenter. Le syndrome général, fait d'élévation thermique, de frissons et de malaise, qui a débuté avec les troubles de la vue, se maintient. On pratique alors une hémoculture qui se révèle négative.

Entre temps apparaît un abcès de la prostate, dont l'incision donne issue à une quantité abondante de pus où il n'a pas été possible de déceler la présence de gonocoques.

Le 11 mars la température tombe, mais des érythèmes scarlatiniformes apparaissent; l'état de l'œil devient tellement alarmant qu'on se décide à pratiquer une énucléation.

Le 9 avril le malade accuse des douleurs vives erratiques, dans la région dorsale et dans les épaules. Elles deviennent bientôt fixes et atroces.

Le 12 avril le malade se rend compte qu'il ne peut plus remuer ses jambes. Le lendemain la paralysie est complète. Il entre alors dans le service du D^r Léri où on constate l'existence d'une paraplégie flasque avec signe de Babinski et troubles sensitifs importants; la limite supérieure de l'hypoesthésie qui passe par le bord inférieur des fausses côtes est linéaire. L'examen des membres supérieurs les montre indemnes.

Le 16 avril s'installe une rétention vésicale opiniâtre, et le 18 apparaissent des troubles trophiques qui ne feront que s'accroître les jours suivants pour prendre des proportions considérables. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair non hypertendu et contenant 1,20 gr. d'albumine et 2 lymphocytes par millimètre cube. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. L'examen des autres appareils les montre indemnes.

Le 20 avril, la température qui était légèrement descendue les jours précédents, remonte, atteint 40° et s'accompagne de frissons et de sueurs.

L'examen du cœur révèle l'existence d'un petit souffle holosystolique apexien, à faible propagation axillaire. Il disparaît le 20 juin.

A cette date, la température oscille aux environs de 38°. L'état du malade est cependant alarmant : les troubles trophiques ont atteint un degré incroyable, l'amyotrophie est devenue intense.

Fin juin apparaissent des mouvements involontaires au niveau des membres inférieurs et progressivement s'installe un syndrome de paraplégie spasmodique très douloureuse, qui n'a permis la marche, spasmodique, qu'au début de 1932.

Entre temps les escarres se sont réparées.

Au début de l'année 1933, l'état général du malade est satisfaisant; mais il garde de sa gonococcie une paraplégie hyperspasmodique.

OBSERVATION III

(Faure-Beaulieu et Blachmann, in *Pratique Médicale Française*, janvier 1933.)

Curabilité de l'endocardite gonococcique. — M^{me} Y... entre dans le service du D^r Faure-Beaulieu le 20 septembre 1929 pour des douleurs articulaires. Les phénomènes dont elle se plaint ont débuté brutalement

le 6 septembre; les chevilles, les épaules, le poignet et le genou droits ont été pris d'emblée. Le médecin traitant institue un traitement salicylé qui lui semble d'autant plus justifié que la crise actuelle n'est pas la première. La malade a, en effet, eu dans son enfance de vagues arthralgies, et, en février de l'année 1929, une crise assez analogue à la crise actuelle. Nouvelle crise en avril de la même année.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, les phénomènes articulaires précités persistent. On note également une tuméfaction rouge douloureuse de l'annulaire droit.

L'examen du cœur met en évidence un souffle systolique, apexien à propagation axillaire et un petit souffle systolique au niveau de la base. Les autres appareils sont normaux.

Un prélèvement vaginal montre des gonocoques en abondance. « Mis en éveil par cet examen on ponctionne le panaris de l'annulaire et, dans le pus, on met en évidence de nombreux cocci, en grains de café, à Gram négatif, présentant tous les caractères du gonocoque. » Hémoculture négative.

Sérothérapie antigonococcique sous-cutanée; injections tri-hebdomadaires de trypaflavine.

Le 1^{er} octobre, une hémoculture pratiquée au moment d'un crochet thermique, montre la présence d'un diplocoque que les épreuves de fermentation des

sucres ont identifié comme étant bien du gonocoque.

Le 2 octobre, le souffle mitral s'atténue et finit par disparaître. Les bruits du cœur deviennent mous; il y a un rythme fœtal.

La température oscille entre 37° et 41°. L'état de la malade devient alarmant. C'est alors qu'on se décide à faire de la sérothérapie antigonococcique par la voie intraveineuse. Le schock immédiat est intense.

Pendant huit jours on assiste à un tableau de septicopyohémie avec localisation cardiaque.

Le 17 octobre, on pratique une nouvelle injection intraveineuse de sérum antigonococcique dilué; le schock est tel qu'on renonce définitivement à ce moyen thérapeutique.

Cependant à partir de cette date une amélioration se dessine: la température baisse, l'état général s'améliore, les bruits du cœur deviennent normaux, le souffle d'insuffisance mitral réapparaît, et ce sont les phénomènes articulaires qui sont les plus longs à guérir.

La malade quitte l'hôpital le 4 mars 1930 en excellent état.

OBSERVATION IV

(P. Emile-Weil, Duchon et Bertrand, in Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 27 novembre 1931.)

Méningite primitive à gonocoques traitée par un autolysat-vaccin. — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, pâtissier, qui entre dans le service le 4 juin 1929 pour une douleur vive siégeant dans la région temporale droite. Elle s'irradie dans toute la tête et présente des paroxysmes violents. Elle a débuté il y a une dizaine de jours et elle a évolué au milieu d'un ensemble clinique fait de troubles digestifs avec fièvre.

A l'examen on ne trouve rien au niveau de l'abdomen. Le système nerveux est normal. L'examen otologique n'a pas révélé l'existence de la moindre lésion de l'appareil auditif.

Le 6 juin, la céphalée devient très pénible, le malade est obnubilé, et, à l'examen, on trouve des signes méningés nets : la nuque est raide, et le signe de Kernig est évident.

On pratique une ponction lombaire. Elle donne issue à un liquide trouble, hypertendu, contenant de nombreux polynucléaires non altérés et des lymphocytes. Il n'y a pas de germes à l'examen direct. On injecte 20 cc. de sérum antiméningococcique. Aucune

amélioration, au contraire, le 7 juin, l'état du malade devient inquiétant. Les contractures sont devenues très intenses, la céphalée est atroce, l'obnubilation a encore progressé, l'état général s'est aggravé. Une ponction lombaire pratiquée à cette date montre un liquide stérile.

Une nouvelle rachicentèse est faite le 17 : pus, encore stérile. A cette date apparaissent les troubles de la phonation et de la déglutition, témoins d'une paralysie vélo-palatine. C'est alors que le laboratoire vient rectifier le diagnostic de méningite cérébro-spinale posé cliniquement, en montrant que le germe en cause était non un méningocoque, mais bien le diplocoque de Neisser.

On prépare un autolysat-vaccin antigonococcique avec du bacille pyocyanique. On en injecte le premier jour 2 cc., puis 1 cc. tous les jours pendant cinq jours.

L'état général s'améliore rapidement, les contractures diminuent d'intensité. La ponction lombaire du 19 juillet montre un liquide stérile à polynucléaires. La gono-réaction est fortement positive.

Le malade quitte l'hôpital le 9 août complètement guéri, ne présentant que quelques filaments dans les urines, témoins d'une urétrite chronique.

Epilogue... Le 11 février 1930, le malade revient consulter pour des douleurs articulaires apparues il y a quelques jours. Au moment où il se présente dans

le service le malade souffre de son épaule droite et de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Ces jointures sont grosses, tuméfiées et douloureuses. L'évolution de cette poussée d'arthrite gonococcique est favorable, cependant la guérison se fait au prix d'une ankylose de l'articulation scapulo-humérale.

OBSERVATION V

(Alexandresco-Dersca et D. Jonesco, in *Paris Médical*,
27 février 1932.)

Thyroidite suppurée gonococcique à la suite d'une gonococcémie avec rhumatisme polyarticulaire et érythème noueux gonococcique. — M^{me} F. S..., âgée de 27 ans, toujours bien portante, entre dans le service du Prof. Manu-Muscel, le 18 juillet 1931, avec le diagnostic de « rhumatisme polyarticulaire aigu ».

Le début des accidents remonte à il y a trois semaines environ. Deux jours après un rapport sexuel, la malade a présenté un écoulement vaginal jaunâtre abondant, accompagné d'élévation thermique à 39°. Le lendemain les articulations du médius et la radio-carpienne gauches se tuméfient et deviennent douloureuses.

Huit jours après le début des accidents apparaît une gêne de la déglutition qu'accompagnent des douleurs, que la malade localise au niveau de la région héli-thyroïdienne droite. En même temps, la malade présente un accès de fièvre avec frissons et sueurs.

Examinée dans le service, la malade présente toujours une tuméfaction douloureuse des jointures précitées (elle n'a guère été améliorée par le salicylate de soude prescrit par son médecin traitant). L'examen complet ne révèle rien d'anormal. L'examen de la sécrétion vaginale ne montre pas de gonocoques.

Etat stationnaire pendant quelques jours. On pratique un nouveau prélèvement au col de l'utérus : on y trouve du gonocoque. On pratique une hémoculture : au bout de trois jours elle se montre positive; les procédés d'identification montrent qu'il s'agit du gonocoque.

Le 30 juillet, la malade présente sur les deux jambes une éruption d'érythème polymorphe qui a guéri en deux semaines.

Le 4 août, les douleurs de la région thyroïdienne deviennent intenses. Les téguments de cette région sont rouges, la moitié droite du corps thyroïde semble gonflée et douloureuse; elle est, de plus, très empâtée.

Jusqu'au 7 août, l'état général de la malade décline, sa température dessine de larges oscillations. La tumé-

faction du corps thyroïde est devenue plus importante encore. La zone correspondant au lobe droit de la glande est fluctuante. On pratique alors une ponction exploratrice avec une aiguille de gros calibre : on retire 12 cc. de pus de coloration gris rosée qu'on ensemence sur gélose-ascite : il s'agit encore de gonocoque.

On continue le traitement par l'autovaccin anti-gonococcique. Le 15 août, les phénomènes thyroïdiens ont disparu en même temps que l'érythème des jambes. La température devient normale et les articulations ne sont plus douloureuses.

La malade quitte l'hôpital le 20 août, pratiquement elle est complètement guérie, elle ne garde aucune séquelle de sa sévère affection.

OBSERVATION VI

(Schaeffer et Baron, in *Paris Médical*,
30 juillet 1927.)

Gonococcémie à localisations multiples, articulaires, cardiaque, méningée et cutanée, suivie de guérison.
— M^{me} G..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital le 21 juillet 1925 pour des douleurs articulaires. Mariée depuis six mois, elle présente depuis des pertes vulvo-vagi-

nales dues au gonocoque ainsi que l'examen bactériologique l'a révélé.

Le début des accidents actuels remonte à il y a trois semaines. Il a été caractérisé par des douleurs erratiques, fugaces qui ont touché de nombreuses articulations, et qui ont fini par se fixer sur le coude, le poignet, la main et le genou droits.

A l'entrée dans le service, ces articulations sont le siège de gonflement et d'un œdème pseudo-plegmonieux, ainsi que de douleurs très vives. Le poignet droit est particulièrement augmenté de volume, rouge, chaud, tendu, ainsi que la main et les premières phalanges. Il est le siège de douleurs spontanées, intermittentes, parfois très vives, surtout la nuit.

L'examen de tous les appareils ne montre rien d'anormal. L'état général est très touché et la température est aux environs de 39°.

On institue un traitement par le salicylate de soude auquel on adjoint la vaccinothérapie antigonococcique et la protéinothérapie.

Les jours suivants, aucune modification appréciable n'est constatée.

Le 25 juillet, alors que jusque là rien n'avait attiré particulièrement l'attention sur le cœur, on constate au foyer aortique un petit souffle systolique, et dans la région médiosternale, au niveau du troisième espace, on perçoit un léger souffle diastolique.

Ces bruits pathologiques ne feront que s'accroître dans les jours qui suivent et leur existence devient indubitable. La température est toujours oscillante, l'état général de la malade reste médiocre.

Cependant, un mieux semble survenir quelques jours plus tard, l'état articulaire en particulier devenant meilleur.

Le 24 août, la température atteint de nouveau 40°; il y a malaise intense avec frissons. De la céphalée et des vomissements apparaissent et très rapidement se constitue un syndrome méningé où on retrouve les signes habituels d'une méningite aiguë. On pratique une ponction lombaire qui ramène un liquide clair contenant des éléments dont les caractères tinctoriaux sont ceux du gonocoque.

Etat stationnaire pendant plusieurs jours, puis une amélioration se dessine. Le 3 septembre, le syndrome méningé a disparu et la malade est nettement mieux. Lorsque le 8, la température se rallume et de vives coliques abdominales apparaissent; l'état de la malade devient alarmant et le cœur donne des signes de défaillance. Une hémoculture est pratiquée, elle est positive au gonocoque. Quelques jours plus tard, sur la face externe des membres inférieurs, et un peu sur le visage, apparaît une véritable pyodermite, faite de petites pustules entourées d'un halo rouge et contenant du gonocoque. Cette éruption dure une

quinzaine de jours, desquame et guérit sans laisser de cicatrices.

Le 5 octobre, la température tombe définitivement, les phénomènes articulaires se sont bien amendés, bien que le poignet, la main et le genou droits soient encore douloureux; ces articulations vont d'ailleurs s'ankyloser.

La malade est revue le 14 janvier 1927. Elle jouit d'un très bon état général, elle ne souffre plus; elle garde de sa maladie une raideur du poignet, du genou et des articulations de la main du côté droit, ainsi qu'un double souffle aortique. Il n'y a aucun trouble fonctionnel d'ordre cardiaque.

OBSERVATION VII

(Coste, Rivallier et Layani, in *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 novembre 1931.)

Nouveau cas de méningite gonococcique. — M^{me} M..., 19 ans, enceinte de cinq mois, entre dans le service le 13 février 1926 pour un syndrome méningé typique.

Le début des accidents remonte à onze jours exactement : le 2 février, la malade a été prise d'un malaise intense avec élévation thermique. La céphalée a d'emblée été très vive, les vomissements ont été fré-

quents. En même temps est apparue de la raideur; déjà à ce moment, la malade s'est plainte de son genou droit.

L'examen clinique de la malade met en évidence un syndrome méningé typique, syndrome bien plus spinal que cérébral. Les arthralgies et les myalgies sont violentes, la raideur de la nuque, le signe de Kernig sont très nets. Il n'y a, par contre, que très peu d'obnubilation et il n'y a aucun signe de paralysie des nerfs craniens. Il existe un cortège de symptômes infectieux : température à 40°, herpès. Une ponction lombaire retire un liquide purulent contenant des diplocoques Gram négatifs et elle fait porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Cependant quelques signes « discordants » frappent :

— le début de la maladie a été précédé d'arthralgies;

— il existe une arthrite aiguë du genou droit;

— la malade présente une métrite gonococcique...

On institue cependant une thérapeutique par l'endoprotéine méningococcique. Une nouvelle ponction lombaire ne ramène que quelques gouttes de pus où on décèle encore la présence de diplocoques Gram négatifs. Les ponctions lombaires ultérieures qui ne ramènent que un centimètre cube de liquide à chaque fois, comme s'il y avait un cloisonnement, ne montrent rien de nouveau.

Le 14 février, le résultat des cultures et des examens bactériologiques complémentaires est connu : le germe en cause est non pas un méningocoque, mais le gonocoque :

— aucune agglutination avec le sérum méningococcique A.B.C.;

— fermentation du glucose uniquement; la réaction est négative avec le lévulose, le maltose, le saccharose et le galactose.

L'état de la malade s'améliorant, on continue la thérapeutique entreprise à l'aide de l'endoprotéine méningococcique.

Le 18 février, la ponction lombaire ramène un liquide clair à lymphocytes. L'amélioration se poursuit rapidement et au bout de quelques jours rien ne persiste plus du syndrome nerveux. La malade n'est cependant pas guérie. Une poussée articulaire survient : les épaules sont rouges, tuméfiées, douloureuses; une éruption érythémateuse fugace apparaît.

Après une amélioration de quelques jours surgit une nouvelle vague de phénomènes articulaires. Cette fois-ci le poignet est atteint d'arthrite pseudo-phlegmoneuse : il ne guérira qu'au prix d'une ankylose.

CONCLUSIONS

1) La septicémie gonococcique constitue une complication grave de la blennorragie.

2) Au point de vue pathogénique, il faut distinguer deux phases :

— une première phase de gonohémie, plus ou moins latente;

— une deuxième phase : complications métastatiques.

3) Cliniquement, parmi les nombreuses localisations possibles du gonocoque, nous insisterons surtout sur les suivantes :

a) *Les manifestations articulaires*, parmi lesquelles la forme pseudo-phlegmoneuse et le rhumatisme polyarticulaire constituent des éventualités graves.

b) *Les localisations cardio-vasculaires*, car si la myocardite et la péricardite sont rares, l'endocardite ulcéro-végétante est fréquente et de pronostic sévère. Nous signalerons seulement les artérites et les phlébites gonocoëciques.

c) *Les complications nerveuses* qui peuvent frapper la moelle, les nerfs, les méninges. La méningite gonococcique peut poser des diagnostics difficiles avec d'autres méningites aiguës.

d) *Les complications cutanées* méritent également d'être retenues. Au premier plan se place le purpura qui acquiert la valeur d'un symptôme de premier ordre.

e) De moindre importance sont les complications hépatiques, rénales, oculaires, auriculaires, pharyngées, thyroïdiennes, etc.

4) Le point capital du *diagnostic* sera la recherche du gonocoque, aussi bien au niveau des organes génitaux, porte d'entrée habituelle du germe, que dans le sang, le liquide articulaire ou le liquide céphalo-rachidien. La gonohémie n'étant pas constante au cours des diverses complications, les hémocultures devront être répétées, et pratiquées surtout au moment des clochers fébriles. Il faut savoir qu'une ou plusieurs hémocultures négatives ne doivent pas éliminer l'hypothèse de gonococcémie.

5) Au point de vue thérapeutique nous retiendrons, à côté de la vaccinothérapie et de la sérothérapie, l'importance de plus en plus croissante à l'heure actuelle des thérapeutiques chimiques, surtout par les sels d'acridine et le mercurochrome qui se placent au premier plan.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU.

Vu le Président :
TANON

Vu et permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- C. Alexandresco-Dersca et D. Jonesco.* — Thyroïdite suppurée gonococcique à la suite d'une gonococcémie avec rhumatisme polyarticulaire et érythème noueux gonococcique. (*In Paris Médical*, 27 février 1932.)
- Aubertin et Gambillard.* — Endocardite gonococcique guérie par la sérothérapie antigonococcique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 4 avril 1924.)
- B. M. Baker Jr., E. P. Carter.* — Three instances of unusual gonococcal infection. (*In Bull. Johns Hopkins, Hosp.* 50 : 57-75, feb. 1932.)
- Ballet-Delauney.* — Revue pratique du diagnostic bactériologique des affections septicémiques à gonocoques. (*In Journal de Méd. de Paris*, n° 37, septembre 1936.)
- Balzer et Jacquinet.* — Manifestations rénales de l'infection blennorragique. (*La Semaine Médicale*, 1893, n° 2.)

- O. Berner. — Case of gonococcemia with gonococcal endocarditis. (*Acta Dermat. Venereol.* 11 : 405-410, nov. 1930.)
- D. Boccia et C. Salvo. — Sobre dos casos septicemia gonococcica con endocarditis y otras complicaciones. (*Semana Med.* 2 : 1831-1834, 7 déc. 1933.)
- S. Buquet et J. M. Jaureguy. — Gonococcemia a localizaciones multiples. (*An. de Fac. de Med. Montevideo* 12 : 755-757, nov.-déc. 1927.)
- André Caïn et Roger Cattan. — Septicémie gonococcique. Monoarthrite purulente. Méningite. Endocardite. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 juillet 1935.)
- Roger Cattan. — Formes cliniques des septicémies gonococciques. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 2, 15 janvier 1937.)
- Carnot. — Coxite aiguë blennorragique. (*Monde Médical*, 15 janvier 1937.)
- Chevallier et Bourgeois. — Purpura gonococcique. (*Bull. Méd. Paris*, 1928.)
- Coste, Rivalier et Layani. — Nouveau cas de méningite gonococcique. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 27 nov. 1931.)
- Debré et Paraf. — Gonococcie. (*In Traité de Médecine Brouardel-Gilbert-Carnot*, vol. X.)
- Decrop G. — Septicémie gonococcique. (*In Soc. de Dermat. et Syphil.*, n° 5, Séance du 11 mars 1937.)

Delamarre. — Les accidents nerveux de la blennorragie. (*Gazette des Hôpitaux*, 1901, p. 549.)

M. Dossot. — A propos des abcès métastatiques à diplocoques Gram positifs au cours d'une septicémie gonococcique typique. (*In Journal d'Urologie*, n° 4, avril 1936.)

R. Duperré, J. Dubarry, R. de Lachaud. — Sur un cas de gonococcémie avec manifestations articulaires et sous-cutanées phlegmoneuses chez un diabétique. Vaccino et sérothérapie. Guérison. (*In Gazette Hebdomadaire des Sc. Méd.*, n° 25, 21 juin 1936, p. 388.)

Duvoir, Pollet, Layani, Cachin. — Blennorragie. Choroïdo-rétinite métastatique. Méningo-myélite grave. Endocardite curable. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 31 mars 1933.)

Faure-Beaulieu. — La septicémie gonococcique prouvée par la présence du gonocoque dans le sang circulant. (*Thèse de Paris*, 1906.)

Faure-Beaulieu et Bachmann. — Curabilité de l'endocardite gonococcique. (*La Pratique Médicale Française*, janvier 1933.)

Faure-Beaulieu et Rymer. — Gonococcémie. (*In Encyclopédie Médico-chirurgicale.*)

Louis Ferrier. — Blennorragie. (*In 3^e Prat. Médico-Chirurg.*, tome II.)

W. Filler. — Gonococcemia with recovery. (*J.A.M.A.*

- 100 : 1149-1150, 15 avril 1933.)
- Fleissbäcker*. — Sur un cas de septicémie gonococcique. (*In Medizinische klinik*, 2 avril 1937, p. 467.)
- M. Fulconis*. — Un cas de septicémie à gonocoque. (*Soc. d'obstétr. et de gynéc. d'Alger*, séance du 10 fév. 1934, *In Algérie Méd.*, n° 83, nov. 1934.)
- H. Grenet, Laurent de Pfeffel, R. Levent*. — Vulvovaginite, septicémie, endocardite et méningite à gonocoques. (*Arch. de Méd. des Enfants*, XXXIII : p. 731-736, décembre 1930.)
- Grimbert*. — Sur un cas de septicémie gonococcique terminée par une méningite. (Congrès de Médecine, Lyon 1911.)
- M. Janet*. — Abscess métastatiques à diplocoques Gram positif au cours d'une septicémie gonococcique typique. (*Journal d'urologie méd. et chirurg.*, mars 1936.)
- H. Jausion*. — La maladie gonococcique, affection générale; sa pathologie. (*Presse Médicale* 34 : 1457-1459, 20 nov. 1926.)
- Jausion et Vancel*. — Nouvelles recherches sur la chimiothérapie intraveineuse de la gonococcie. Les procédés de mordantage en thérapeutique. (*Presse Médicale*, 13 février 1936.)
- Klein*. — Endocardite infectieuse gonococcique; mort le 48^e jour après l'accouchement. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, sept. 1927.)

- Klippel et Rachet.* — Abscès superficiels à gonocoques du poignet et de la main consécutifs à une polyarthrite gonococcique. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 15 décembre 1922.)
- S. E. Kramer et J. V. Smith.* — Gonorrheal septicemia and endocarditis. (*J.M. Soc. New-Jersey* 27 : 311-315, avril 1930.)
- Langeron et Delcour.* — Coxite gonococcique. (*Presse Médicale*, 21 janvier 1928.)
- De Lavergne.* — Les gonococcémies. (*Rapport du Congrès Français de Méd.*, Paris 1927.)
- Lemierre et Faure-Beaulieu.* — Septicémie et pyohémie gonococciques. (*Gazette des Hôpitaux*, 1906, p. 331.)
- Lemierre et Deschamps.* — Etude cytologique et bactériologique d'une arthrite à gonocoques traitée par le sérum antigonococcique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 avril 1921.)
- R. A. Lifvendahl.* — Gonococcal laparotomy wound infection. (*J. Surg.* 21, 123-125, july 1933.)
- Marcolongo.* — Syndrome de l'hypochlorémie grave au cours de la glomérulo-néphrite aiguë par septicémie gonococcique. (*Minerva Medica*, 13 janvier 1935.)
- Marfan et Debré.* — Gonohémie à manifestations viscérales multiples chez une filette de dix ans et demi. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3 juin 1910.)
- Martre.* — Contribution à l'étude des troubles du

myocarde au cours de la gonococcémie. (*Thèse de Toulouse*, 1935-36.)

P.-J.-R. Massari. — Contribution à l'étude des localisations sur l'endocarde de la septicémie gonococcique. (8°, Paris 1928.)

Masselot et Bozon. — Septicémie gonococcique à métastases articulaires. (*Tunisie Médicale*, avril 1929.)

Mondor. — Les arthrites gonococciques. (Masson 1928, et *In 3° Prat. Méd.-Chir.*, tome I.)

L. Montel. — Septicémie gonococcique à localisations multiples chez un nourrisson de un mois et demi. (*Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, VIII, 1930, p. 354.)

I. Nanu (Muscel), D. Jonesco, I. Claudian et A. Brull. — Septicémie gonococcique pure. (*Presse Médicale*, n° 10, 4 février 1933, p. 194.)

Nobécourt et Vitry. — Polyarthrite suppurée au cours de l'ophtalmie purulente du nouveau-né, culture du gonocoque obtenue avec le pus conjonctival. (*Soc. de Pédiatrie*, 1903, p. 302.)

Palazzoli, Anzelow, Sohrab. — Deux cas d'abcès métastatiques à diplocoques Gram positif au cours d'une septicémie gonococcique typique. (*Journal d'Urologie Méd. et Chir.*, tome 41, n° 2, février 1936.)

A. Pellé, Tannou. — Gonococcémie : rhumatisme polyarticulaire, phlébite, anémie pernicieuse, pleurésie séro-fibrineuse et suppuration pulmonaire. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 3° série, n° 16,

21 mai 1934, Séance du 11 mai 1934.)

Perrin et De Lavergne. - - Infection gonococcique et rachianesthésie. (*Paris Médical*, 11 mai 1929, p. 465.)

Pineau. - La septicémie gonococcique. (*Soc. de Path. comparée*, 12 juin 1928.)

Ribierre et de Léonardy. - Congestion pulmonaire dans une septicémie gonococcique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 18 juin 1920.)

R. Rossoni. - - Un caso di setticemia gonococcica. (*Policlinico* (sez. med.) 37, 19-32, jan. 1930.)

Rubenstein-Israël. - Septicémie gonococcique suivie de guérison. (*The Jour. of the amer. med. ass.* XCIX, n° 20, 12 nov. 1932.)

H. Schaeffer et P. Baron. - - Gonococcémie à localisations multiples, articulaires, cardiaques, méningées et cutanées, suivie de guérison. (*Paris Médical*, 30 juillet 1927.)

A. E. Serantes et Lasserre. - Sobre un caso de septicemia gonococcica en un enfermo con abceso de prostata no operado. (*Rev. de Especialid.* 5 : 1363-1366, oct. 1930.)

W. H. Snow, O. G. Hazel. - - Septicémie gonococcique. (Premier Congrès international de pyrétothérapie. (Columbia University 20, 30, 31 mars 1937, *In Presse Médicale*, n° 69, 28 août 1937.)

Souplet. - La blennorragie, maladie générale. (*Thèse de Paris*, 1893.)

Sterian. — Traitement des complications blennorragiques par le sérum Sterian polymicrobien et polyvalent. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 19 janvier 1923.)

L. Strominger et E. Liebreich. — Septicémie gonococcique précoce avec des localisations oculaires, cutanées et articulaires. (*Soc. Roumaine d'Urologie*, séance du 22 nov. 1935, *In Revista Romana de Urologie*, n° 6, déc. 1935, p. 593.)

Jean Tapié, A. Lyon et R. Sorel. — Forme typhoïde ictérogène de la gonococcémie. (*La Prat. Méd. Franç.*, oct. 1929.)

Terrien. — Complications oculaires de la gonohémie. (*In Traité de la blennorragie de Luys.*)

Toutkowsky. — Les complications nerveuses de la blennorragie. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, avril 1930.)

Weil, Duchon et Bertrand. — Méningite primitive à gonocoques traitée par un autolysat-vaccin. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 27 nov. 1931.)

J. Veysassat. — Myosite gonococcique à rechutes multiples et à évolution fatale. (*Gazette des Hôpitaux*, 106; 809-813, 31 mai 1933.)

T. J. O'Brien et A. Bancker. — Gonococcus septicemia, recovery without cardiac complications. (*New England J. Med.* 198 : 184-187, 15 march 1928.)

Zadoc-Kahn, Ogliastri et Wauthier. — Un cas de gonococcémie grave suivie de guérison. (*Gazette des*

Hôpitaux, 99 : 1613, 15 déc. 1926.)

A. M. Zelasco, N. Bakmas et J. M. Pastoria. — Septicemia gonococcica curada con autohemotherapia.
(*Semana Med.* 2 : 2025-2027, 21 déc. 1933.)

Nous remercions vivement « les Fichiers du Monde Médical » qui nous ont gracieusement aidé dans notre travail bibliographique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné

